Sonderabdruck aus der
„Deutschen Medicinischen Wochenschrift“ 1900, No. 33.
Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **A. Eulenburg** und Dr. **Jul. Schwalbe.**

Ein eigenartiges Symptomenbild des Magencarcinoms, zugleich Beitrag zur Frage der Atonie des Oesophagus.[1])

Von **R. Schütz** in Wiesbaden.

M. H.! Ich möchte Ihnen über das eigenartige und sehr merkwürdige Symptomenbild eines Falles von Magencarcinom berichten, ein Symptomenbild, das meines Wissens noch nirgends beschrieben und zudem nicht ohne Interesse ist im Hinblick auf gewisse neuere Beobachtungen aus dem Gebiete der Oesophaguspathologie.

Ueber das eigentlich Casuistische kann ich mich kurz fassen und bemerke aus der Anamnese nur, dass es sich um eine alte Dame von 75 Jahren handelt, die im October vorigen Jahres wegen ihrer Nierensteine in Wiesbaden eine Badekur gebrauchte und in relativ kurzer Zeit in einen Zustand schwerer Ernährungsstörung, ja völliger Kachexie verfiel, sodass man an ein bösartiges Leiden denken musste. Der Sitz desselben schien zu dieser Zeit schon ziemlich offenkundig zu sein. Denn die Patientin, die in der letzten Zeit über unbestimmte Verdauungsbeschwerden geklagt hatte, gab seit einigen Wochen Schluckbeschwerden an von zunehmender Intensität: sie bekam beim Schlucken ein Gefühl von Druck hinter dem unteren Theil des Brustbeins und in der Magengrube, sie hatte die deutliche Empfindung, dass feste Speisen im unteren Theil der Speiseröhre stecken blieben, und musste zu Fleisch, Zwieback etc. etwas trinken, damit sie besser herunterrutschten. Schliesslich machten selbst feiner vertheilte und breiige Substanzen Schwierigkeiten. Eigentliche Magenbeschwerden bestanden nicht, wohl aber eine Appetitlosigkeit, die immer absoluter wurde.

Ein lokaler Befund — Tumor, Drüsenschwellungen — war nicht zu erheben. Der etwas druckempfindliche Leib war allerdings ziemlich aufgetrieben, die Därme stark gebläht, ein peritonealer Erguss wahrscheinlich, wenn auch nicht sicher erweisbar. Ich stellte, ebenso wie Herr Geh.-Rath Pfeiffer, der die Kranke wegen ihres Nierenleidens behandelte, die Diagnose auf Stenose, und zwar, was wohl das Nächstliegende war, auf eine carcinomatöse Stenose an oder oberhalb der Cardia, indem wir von einer Sondirung der hinfälligen alten Frau glaubten Abstand nehmen zu sollen. Vier Wochen später wurde die Sondenuntersuchung in der Heimath der Patientin ausgeführt.

[1]) Vortrag, gehalten zu Homburg v. d. H. auf dem mittelrheinischen Aerztetag 1900.

Dabei erwies sich die Speiseröhre für einen weichen Magenschlauch leicht durchgängig, und die wenige Tage später vorgenommene Section ergab, dass allerdings ein Carcinom vorlag, aber nicht des Oesophagus, sondern des Magens, und zwar der Pars pylorica.

Dieser Befund erscheint nach zwei Richtungen zunächst gleich räthselhaft: 1. Warum hat das Carcinom, das, wie gesagt, den Pylorus betheiligte, nicht die geradezu selbstverständliche Folgeerscheinung der Pyloruscarcinome gehabt, die der Stauung des Mageninhalts, der sogenannten Magenerweiterung? und 2. wie erklären sich die ausgebildeten Symptome der Oesophagusstenose, die wir beobachtet haben?

Um diesen wichtigen Punkt klarzustellen, bemerke ich: es steht absolut fest, dass während des ganzen Krankheitsverlaufs niemals Erbrechen auftrat. Die Kranke war ständig unter ärztlicher Controlle, zu Hause, in Bern unter der von Prof. Sahli und Dr. Niehaus, in Wiesbaden unter der von Geh.-Rath Pfeiffer, resp. von mir. Der öfter bald nach der Nahrungsaufnahme heraufgewürgte Schleim enthielt entweder garnichts, oder nur ganz minimale Spuren des Genossenen.

Die Erscheinungen der Oesophagusstenose entwickelten sich, was noch nachzutragen ist, in relativ kurzer Zeit und wurden deutlich erst während des hiesigen Aufenthalts; sie fehlten auch gegen Ende des Lebens, wohl deshalb, weil die Aufnahme von Nahrung, insbesondere von fester, immer geringfügiger wurde. Es scheint mir nun, dass dieses, man darf wohl sagen, einzigartige Symptomenbild in den besonderen anatomischen Verhältnissen des Falles die allein denkbare Erklärung findet.

Die Section ergab diejenige Form des Magencarcinoms, die Ihnen als Gallertkrebs wohlbekannt ist, die meist von der Pylorusgegend ausgehend die Magenwand infiltrirt, Schleimhaut und Muskulatur zum Schwinden bringt und so ausgedehnte Partieen des Magens, ja mehr oder weniger das ganze Organ krebsig umwandelt. Bei diesem Prozess, der gewöhnlich die Gegend des Pylorus am meisten verändert und die Cardia freilässt, erleidet der Magen ausnahmslos eine concentrische Einengung seines Lumens, eine oft sehr beträchtliche Verkürzung und Verkleinerung, und auch, wenn kein Hinderniss am Pylorus geschaffen wird, genügt der Schwund der Muskulatur, den Magen motorisch insufficient und so die Austreibung seines Inhalts in das Duodenum unmöglich zu machen, so dass es zur Stauung des Mageninhalts, zu dem Bilde der sogenannten Magenerweiterung kommt.

Auch in unserem Falle war die krebsige Degeneration der Magenwand eine sehr ausgedehnte; der Magen stellte sich dar als ein etwa 13 cm langes, dickwandiges, starres und unbewegliches Rohr mit einem Lumen von nicht mehr als zwei Querfingern, und dieses Rohr war in senkrechter Stellung fixirt durch eine Schrumpfung der Bauchfellligamente als Folge carcinomatöser Peritonitis.

Die hierdurch gegebene Rückkehr zu den primitiven Lageverhältnissen des Magens muss wohl als das Wesentliche und für das ganze Symptomenbild Entscheidende angesehen werden: während der zunehmende Schwund der Magenmuskulatur zu motorischer Insufficienz und bei normaler Lage des Magens unfehlbar zu einer Stauung des Inhalts führen musste, wurde der Magen durch die Senkrechtstellung einfach zur Fortsetzung der Speiseröhre, und wenn er auch bei seiner Unbeweg-

lichkeit deren Function activ in keiner Weise leisten konnte, so setzte seine senkrechte Stellung den von oben kommenden Speisen jedenfalls ein weit geringeres Hinderniss entgegen, als dies bei normaler Lage der Fall gewesen wäre.

Thatsächlich haben nicht nur flüssige und dünnbreiige Substanzen das senkrecht gestellte, wenn auch unbewegliche Magenrohr passirt, sondern selbst feste Bestandtheile der Nahrung, von denen man wohl erwarten konnte, dass sie das enge Magenlumen verstopfen würden. Wie wir gehört haben, bestand niemals eigentliches Erbrechen, es kam also nicht zu der Folge der motorischen Insufficienz, trotz absoluter Immobilität des weitaus grössten Theils des Magens. Druck- und Völlegefühl ist die einzige Beschwerde, die auf diese Störung bezogen werden kann, und dies Symptom war, bevor die Stenoseerscheinungen auftraten, das einzige lokale von seiten des Magens.

Dass die eigenartige compensatorische Einrichtung den an sie gestellten Ansprüchen zu genügen vermochte, dazu mag einmal das bescheidene Maass dieser Ansprüche beigetragen haben, indem die appetitlose Kranke sehr wenig und vor allem wenig auf einmal ass, ferner die von ihr angenommene Gewohnheit, die festen Theile der Nahrung durch nachgetrunkene Flüssigkeit hinunterzuspülen.

Hiermit ist aber nicht gesagt, dass eine Ansammlung der genossenen Speisen vor dem Hinderniss überhaupt nicht stattgefunden habe. Wir werden vielmehr das Gegentheil annehmen müssen. Denn bei der Section zeigte sich der untere Theil der Speiseröhre erschlafft und — in allerdings sehr geringem Maasse — erweitert. Diese Zustände, die wir wohl, ohne mit unseren Annahmen zu weit zu gehen, als secundäre auffassen dürfen, erscheinen als Beweis dafür, dass wenigstens zeitweise im Cardiatheil und in geringem Maasse bis hinein in den untersten Oesophagusabschnitt die Speisen sich anstauten, und ferner, dass die Muskulatur dieser Theile gegenüber den hierdurch bedingten Mehranforderungen bereits zu erlahmen angefangen hatte.

Dass die Erweiterung des Oesophagus nicht so gross wurde, wie sonst über Stenosen, mag daher kommen, dass direkt über dem Hinderniss hier ein kleines Sammelbecken in Gestalt der Cardiazone vorhanden war. Und dass es nicht erst zu einer Hypertrophie der unteren Oesophagusmuskulatur kam, darf uns bei der kachektischen Kranken ebenso wenig wundern, wie wir z. B. bei Etablirung eines Klappenfehlers auf die compensatorische Hypertrophie des Herzmuskels unter allen Umständen rechnen können.

Die Atonie der unteren Speiseröhrenmuskulatur ist es nun, der wir die beobachteten Stenoseerscheinungen werden zuschreiben müssen.

Von dieser bisher wenig gekannten Affection, der Atonie der Oesophagusmuskulatur, hat Rosenheim[1]), dem wir auf dem Gebiet der Speiseröhrenpathologie manchen werthvollen Beitrag verdanken, kürzlich eine prägnante Schilderung entworfen, die mit grosser Sicherheit auf unseren Fall passt.

Die Symptome sind, um es kurz zu wiederholen: beim Schlucken fester Nahrung ein Gefühl von Druck und Spannung, das bei zunehmender Heftigkeit zur Sensation eines starken, selbst absoluten, den Schluckact hemmenden Widerstandes im Oesophagus wird. Die

[1]) Litteratur: Deutsche medicinische Wochenschrift 1899.

auf Selbsttäuschung beruhende Annahme des Kranken, Festes nicht mehr schlucken zu können, zusammen mit dem schmerzhaften Druck, der beim Schlucken fester Nahrung nach Rosenheim's Beobachtung eine geradezu unerträgliche Höhe erreichen kann — diese Factoren veranlassen die Patienten, nur noch flüssige Nahrung zu nehmen. Denn je dünnflüssiger die Schluckmasse ist, desto geringer braucht der Kräfteaufwand von seiten der unteren Oesophagusmuskulatur zu sein, um jene in den Magen zu befördern, desto geringer sind Reiz- und Schmerzerscheinungen von Seiten des Oesophagus.

Mit diesen Beschwerden der Patienten contrastirt sehr auffällig der objective Befund, indem 1. in reinen, nicht durch hohe Reflexerregbarkeit des Oesophagus oder Cardiospasmus complicirten Fällen einfacher Atonie — nicht Paralyse — trotz aller subjectiven Stenoseerscheinungen keine Regurgitation von Speisen erfolgt. Noch frappanter ist 2. das Missverhältniss zwischen den hochgradigen Stenosebeschwerden und dem absolut negativen Ergebniss der Sondirung, die mit weichen und festen Sonden ohne alle Schwierigkeit gelingt.

Wie Sie sahen, war dieser zweifache objective Befund auch bei unserer Kranken vorhanden, und der fast völlige Mangel der Regurgitation hätte uns auf das Fehlen einer Stenose aufmerksam machen können. Allein die Erkennung dieses Merkmals begegnete der Schwierigkeit, dass die Patientin zur Zeit unserer Beobachtung, soweit ich mich erinnere, sich ausschliesslich mit flüssiger und dünnbreiiger Kost ernährte, so dass die mangelnde Regurgitation nichts Befremdliches hatte.

Es ist nicht ohne Interesse, das von Rosenheim aufgestellte Krankheitsbild durch die Section bestätigt zu sehen, wenn auch Rosenheim andere, chronische, auf neuropathischer Basis oder aus anderen Gründen entstandene Formen der Atonie im Auge gehabt hat.

Es liegt mir fern, diesen vereinzelten Fall differentialdiagnostisch zur Unterscheidung gewisser Carcinome des Magens von denen des Oesophagus verwerthen zu wollen. Wäre uns die Palpation nicht durch die Spannung der Bauchdecken unmöglich gemacht worden, so wären wir wohl über das Bestehen des Magencarcinoms nicht im Zweifel geblieben, wenn möglicherweise auch der Befund des kurzen, senkrecht stehenden Magens Schwierigkeiten gemacht hätte.

Wenn also auch dieser Fall allgemeinere diagnostische Bedeutung nicht beanspruchen darf, so hielt ich seine Mittheilung doch für gerechtfertigt bei seiner Merkwürdigkeit und in Anbetracht der Rolle, die dem sonst bei Pyloruscarcinom ganz unbetheiligten Oesophagus hier für das Symptomenbild zukam.

Noch die Bemerkung gestatten Sie mir, dass es bei Kenntniss der anatomischen Verhältnisse vielleicht möglich gewesen wäre, mit entsprechender Sonde bis in den Pylorus zu gelangen und so die Patientin ausgiebiger zu ernähren. In dieser Beziehung verdient die Mittheilung des Herrn Collegen Niehaus Erwähnung, dass er in einer Entfernung von 50 cm, als die Sonde unzweifelhaft die Cardia passirt hatte, ein deutliches, wenn auch geringes Wiederstandsgefühl hatte und seiner bei der Section gewonnenen Ansicht nach bis in die Nähe des Pylorus gelangt sein muss.

Druck von G. Bernstein in Berlin.